



## Bienvenido

Nos complace darle la bienvenida a nuestra práctica. Por favor tome unos minutos para llenar este formulario. Si tiene alguna pregunta, estaremos encantados de ayudarlo. Esperamos trabajar con usted para mantener su salud dental.

### Información Confidencial del la Parte Responsable

Nombre \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Ciudad y Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
Correo Electrónico \_\_\_\_\_  
Cuanto tiempo en esta dirección \_\_\_\_\_ Teléfono de celular \_\_\_\_\_ Teléfono de casa \_\_\_\_\_  
Dirección Anterior (si menos de 3 años) \_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente \_\_\_\_\_  
Empleador \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_ Número de años de Empleo \_\_\_\_\_  
Nombre del Cónyuge \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente \_\_\_\_\_  
Empleador \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_ Número de años de Empleo \_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Teléfono de celular \_\_\_\_\_

### Información Confidencial del Paciente

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Sexo:  Hombre  Mujer  
Dirección \_\_\_\_\_  
Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social \_\_\_\_\_  
Si el paciente es menor de edad, dé el nombre del padre o tutor \_\_\_\_\_  
¿A quién podemos agradecerle por recomendarlo a nuestra oficina?

### Información de Seguro

Nombre en el Seguro \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social \_\_\_\_\_  
Compañía de Seguros \_\_\_\_\_ Número de Identificación \_\_\_\_\_  
Dirección de la Compañía de Seguros \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Empleador \_\_\_\_\_  
¿Tiene doble cobertura?  Si  No En Caso Afirmitivo:  
Nombre en el Seguro \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social \_\_\_\_\_  
Compañía de Seguros \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Dirección de la Compañía de Seguros \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Empleador \_\_\_\_\_

### Información en caso de Emergencia

Nombre del pariente más cerca que no vive con usted \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Entiendo que, cuando corresponda, se pueden obtener informes de la oficina de crédito.

Firma (firma del padre si es menor) \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

(DALE LA VUELTA )

## Historia Dental

¿Por qué estás interesado en el tratamiento de Ortodoncia \_\_\_\_\_  
 Nombre de Dentista General \_\_\_\_\_ Fecha de la última atención dental \_\_\_\_\_  
 ¿Alguna vez ha sido evaluado para tratamiento de Ortodoncia?  Si  No  
 ¿Ahora o ha experimentado dolor o molestia en la articulación de la mandíbula?  Si  No  
 ¿Alguna vez has experimentado una lesión en la boca o la barbilla?  Si  No  
 Tienes problemas para hablar? \_\_\_\_\_  
 ¿Suele respirar por la boca mientras está despierto?  Si  No O dormido?  Si  No  
 ¿Alguna vez ha experimentado una reacción adversa durante o junto con un procedimiento médico o dental?  Si  No  
 Hábitos actuales o pasados que afectan la boca o los dientes:  Chuparse el dedo  Mordiendo las uñas  Otra \_\_\_\_\_  
 Otra información sobre su salud dental o tratamiento previo: \_\_\_\_\_

## Historia Médica

Nombre del médico \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
 Fecha de la última visita \_\_\_\_\_ ¿Alguna vez ha tenido alguna enfermedad u operación grave?  Si  No  
 En caso afirmativo, describa \_\_\_\_\_  
 ¿Actualmente está bajo el cuidado de un médico?  Si  No En caso afirmativo, describa \_\_\_\_\_  
 ¿Alguna vez ha tenido una transfusión de sangre?  Si  No En caso afirmativo, indique fechas aproximadas \_\_\_\_\_  
 Mujeres: ¿Estás embarazada?  Si  No Madre Lactante?  Si  No ¿Toma pastillas anticonceptivas?  Si  No  
 Marque (✓) sí o no a lo siguiente:

<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No SIDA/VIH positivo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Toser sangre	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Enfermedad renal o mal funcionamiento	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Herpes zóster
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Anafilaxia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Diabetes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Enfermedad del hígado	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Falta de aliento
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Anemia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Epilepsia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Alergias materiales	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Problemas Sinusales
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Artrtritis, Reumatismo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Desmayos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Alergias a los alimentos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Erupción cutánea
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No válvula cardíaca artificial	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Alergias a los alimentos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Prolapso Cardíaco	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Espina bifida
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Articulaciones artificiales	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Glaucoma	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Problemas nerviosos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Carrera
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Asma	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Marcapasos / Cirugía del Corazón	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Implante Quirúrgico
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Alergias	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Cuidado psiquiátrico	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Hinchazón de pies o tobillos
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Autismo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Problemas del corazón	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Rápido aumento o pérdida de peso	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Enfermedad tiroidea o mal funcionamiento
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Enfermedad de la sangre	Describir: _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Tratamiento de radiación	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Hábito de tabaco
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Cáncer	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Hemofilia / sangrado anormal	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Tratamiento respiratorio	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Amigdalitis
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Dependencia química	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Herpes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Enfermedad respiratoria	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Tuberculosis
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Quimioterapia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Hepatitis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Problemas de espalda	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Úlcera/Colitis
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Problemas circulatorios	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Alta presión sanguínea		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Enfermedad Venérea
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Tratamientos con cortisona	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Dolor de mandíbula		
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Tos persistente			

Enumere los medicamentos que está tomando, si los hay: \_\_\_\_\_  
 Enumere las alergias a medicamentos, si las hay: \_\_\_\_\_

## Autorización

He revisado la información en este cuestionario, y es precisa según mi conocimiento. Entiendo que esta información será utilizada por el ortodoncista para ayudar a determinar el tratamiento de ortodoncia adecuado y saludable. Si hay algún cambio en mi estado médico, informaré al ortodoncista.  
 Autorizo a la compañía de seguros indicada en este formulario para que pague al ortodoncista todos los beneficios de seguro que de otra manera se me deben pagar por los servicios prestados. Autorizo el uso de esta firma en todas las presentaciones de seguros.  
 Autorizo al ortodoncista a divulgar toda la información necesaria para garantizar el pago de los beneficios. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, sean o no pagados por el seguro.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

El pago se debe realizar en su totalidad al momento del tratamiento, a menos que se hayan aprobado acuerdos previos.